|  |
| --- |
| 苏州高新区人民医院项目评标报名表 |
| 序号 | 机构名称 | 注册资金（万） | 法定代表人 | 通讯地址 | 机构电话 | 委托代理人 | 委托代理人联系电话和邮箱 | 评标项目（填写目录中项目序号） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |